

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N° 95

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marcel DECUGNIÈRE

LA VERSION PAR MANOEUVRES EXTERNES

EN

POSITION DE TRENDELENBURG

DANS LES PRÉSENTATIONS DU SIÈGE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

33

65

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

88

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marcel DECUGNIÈRE

LA VERSION PAR MANOEUVRES EXTERNES

EN

POSITION DE TRENDELENBURG

DANS LES PRÉSENTATIONS DU SIÈGE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	
Clinique des maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTÉTER
ALGLAVE	FISSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIERRE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ(A.)
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MES PARENTS

A MA FEMME ET A MON FILS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LÉVY-SOLAL

Professeur agrégé
Accoucheur des Hôpitaux de Paris

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et qui fut notre guide.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR HIDDEN

Chef de Clinique adjoint à la Faculté de Paris

*Qui nous prodigua ses conseils
et son aide si précieuse.*

LA VERSION PAR MANŒUVRES EXTERNES
EN
POSITION DE TRENDELENBURG
DANS LES PRÉSENTATIONS DU SIÈGE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

**Fréquence de la présentation du siège
Ses dangers**

Les présentations du siège bien que moins fréquentes que les présentations du sommet ne sont cependant pas rares, puisqu'on les observe une fois sur 27 accouchements d'après Mme Lachapelle et une fois sur 30 accouchements d'après Pinard.

On les dit plus fréquentes chez les multipares que chez les primipares, et cependant, d'après une statistique dressée à la Clinique Baudelocque par Nérét en 1889, on trouve 161 présentations du siège chez les primipares, contre 132 chez les multipares.

Quant à la fréquence relative des variétés de présentation, elle serait pour les primipares, sur 161 présentations du siège de 41 sièges complets et 115 sièges décomplétés (113, mode des fesses et 2, mode des pieds).

Pour les multipares, sur 132 présentations du

siège, de 50 sièges complets et 75 sièges décomplétés (69, mode des fesses, 5, mode des pieds et 1, mode des genoux).

Sur 174 présentations du siège, Lepage compte 107 sièges décomplétés, mode des fesses, 55 sièges complets, 10, variété mode des pieds, 1 mode des genoux et 1, inconnue.

D'après une statistique établie par Maniel à la Clinique Tarnier, portant sur 620 présentations du siège, on trouve 278 sièges décomplétés, mode des fesses, 312 sièges complets et 10 sièges décomplétés, mode des pieds.

Dans une statistique faite à Clinique Baudelocque de 1909 à 1919, le Dr Moreau a trouvé 795 présentations du siège, soit une proportion de 4 à 5 0/0. En défalquant 43 cas de rétention du fœtus mort, on trouve 744 *accouchements* par le siège.

Sur ce nombre, il y a 291 sièges complets, soit environ 40 0/0 et 453 sièges décomplétés, soit environ 60 0/0.

Mais ici une remarque s'impose : c'est qu'il s'agit non pas de présentations par le siège au cours de la gestation, mais bien en réalité d'accouchements par le siège.

On savait déjà, et on peut voir encore par ces chiffres que les sièges décomplétés persistent, tandis que la version était nettement plus facile dans les cas de sièges complets.

Tout l'intérêt de ce travail, consiste précisément à préconiser une méthode de version par manœuvres

externes qui permette avec autant de chance de succès les versions de sièges décomplétés que les versions de sièges complets.

Or le pronostic de la présentation du siège doit toujours être réservé.

De tout temps en effet, on a reconnu les dangers et les risques auxquels est exposé un accouchement par le siège.

D'après Mme La Chapelle, dans les présentations de l'extrémité pelvienne, la proportion des enfants morts est de $1/7$ environ, alors que dans les présentations céphaliques cette proportion descend à $1/30$ environ.

Quant au pronostic relatif à chaque variété de position, Mme La Chapelle indique 1 mort sur 8 $1/2$ pour la variété mode des fesses, 1 mort sur 6 $1/2$ pour celle des pieds et 1 mort sur 4 $1/2$ pour celle des genoux.

Paul Dubois, d'après une statistique établie à la Maternité trouve sur 231 accouchements par le siège, 21 morts, soit une proportion de $1/11$, tandis que sur 9.837 enfants nés par le sommet, 151 seulement sont morts pendant le travail, soit une proportion de $1/51$.

D'après Ribemont Dessaignes et Lepage, sur 161 enfants de primipares accouchées par le siège, 5 sont décédés pendant le travail et 5 après la naissance, c'est-à-dire 10 dont la mort puisse être nettement attribuée à la présentation du siège. Sur 132 enfants nés de multipares, 8 sont décédés pendant le

travail, et 8 après la naissance, ce qui fait 16 enfants dont la mort puisse être imputée à la présentation pelvienne.

Pour Dubrisay et Janin, la mortalité due à la présentation du siège serait de 6 à 8 o/o.

Pour Wallich, tandis que la mortalité pour les présentations du sommet, serait de 1 mort sur 31 cas dans les variétés antérieures, et 1 sur 30 dans les variétés postérieures, elle atteindrait 1 mort sur 14 cas dans les présentations du siège.

D'après une statistique de Moreau, relevée à la Clinique Baudelocque de juillet 1909 à juin 1919, on trouve pendant la période de dilatation 1 cas de mort sur 225 cas. Pendant la période d'expulsion, et pour les fœtus de 2.500 à 3.000 grammes, la mortalité est de 1 cas de mort par 25 accouchements par le siège. Pour les fœtus de moins de 2.500 gr. et viables, on trouve 1 cas de mort sur 14 accouchements par le siège et pour les fœtus pesant plus de 3.500 grammes, 1 cas de mort sur 7 accouchements par le siège.

Au total, sur 744 accouchements par le siège, d'après Moreau, il y aurait 75 morts pendant le travail, soit environ 10 o/o, alors que la mortalité par le sommet est d'environ 3 o/o.

Dans cette liste, la proportion des morts est d'environ 12 o/o chez les primipares et de 8 o/o chez les multipares.

De plus, dans les jours qui ont suivi l'accouchement, on trouve encore 35 morts d'accidents pulmo-

naires et autres, soit encore près de 5 o/o à ajouter à cette proportion de 10 o/o, ce qui porte cette mortalité infantile au chiffre important de 15 o/o.

Quant à la cause de cette mortalité élevée du fœtus se présentant par le siège, il résulte d'après la thèse de Moreau, que, pendant le travail, il s'agit d'une cause toute mécanique, réalisée avec son maximum de fréquence chez les gros enfants.

Nous avons vu, d'après les chiffres cités plus haut, que si la présentation du siège est une cause de mortalité fréquente du fœtus pendant le travail, elle est également la cause non moins fréquente de la mort de l'enfant dans les premiers jours de sa naissance. Il semble dans ce cas, que ce sont les petits enfants, les prématurés, qui sont le plus exposés à mourir, les causes mécaniques intervenant surtout au moment de l'accouchement lui-même et pour les gros enfants.

D'autre part, le fœtus outre ces dangers de mort est exposé au cours des manœuvres nécessitées pour son extraction à différentes lésions traumatiques, plus ou moins graves, telles que fractures, décollements épiphysaires, paralysies, hémorragies diverses, internes ou externes, enfoncement des os du crâne avec ou sans fracture, lésions de la cavité buccale...

En dehors de cette mortalité fœtale et des dangers courus par l'enfant, il ne faut pas oublier certains accidents que l'on rencontre souvent chez la mère.

Par suite de la fréquence plus grande des interventions nécessitées par la plus longue durée du travail on observe souvent des déchirures du col

s'étendant parfois jusqu'au segment inférieur de l'utérus, et d'autant plus graves que l'extraction de la tête a été faite plus brutalement et à travers un orifice insuffisamment dilaté.

En outre, les effractions du périnée, rares dans les présentations du sommet se rencontrent assez fréquemment dans les présentations du siège.

La présentation pelvienne, faisant courir des risques, à la fois au fœtus et à la mère, il paraissait donc de grande utilité de chercher à la transformer en présentation du sommet dont le pronostic est bien meilleur.

La version par manœuvres externes

A la séance du 8 janvier 1922 de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, le Dr Lévy-Solal recommanda la position de Trendelenburg et rapporta les résultats obtenus par cette méthode dans trois cas de présentation du siège, réputés irréductibles.

Dans la première observation, il s'agit d'une primipare, vue au neuvième mois et qui présente un siège décomplété mode des fesses. Le pôle pelvien pointe dans l'excavation. La hauteur utérine est de 33 centimètres.

Après deux essais infructueux, en position horizontale, le Dr Lévy-Solal plaça la femme en position de Trendelenburg et il lui fut alors aisé de débloquer

le siège et de faire évoluer le fœtus, malgré son volume et le redressement de ses membres en attelle.

Huit jours après, la femme expulsait spontanément un fœtus de 3 kgr. 600 se présentant par le sommet.

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'une présentation du siège décomplété chez une primipare ayant une malformation utérine. La version tentée au huitième mois en position classique, ne permit pas de mobiliser le fœtus. Mais en plaçant la femme en position inclinée, toute résistance fut vaincue.

Un mois après, la femme accouchait d'un enfant de 3 kgr. 300 se présentant par le sommet.

La troisième observation concerne une III^e pare admise au dortoir de la Clinique Baudelocque.

Les deux premiers accouchements se sont terminés spontanément par l'accouchement d'enfants se présentant par le sommet.

Au cours de la gestation, on a constaté l'existence d'un fibrome de la grosseur du poing, implanté sur la face antérieure de l'utérus. Le fœtus se présentait par le siège décomplété, mode de fesses. La hauteur utérine était de 37 centimètres.

Le 11 décembre, la version tentée par les procédés habituels échoua. Plaçant alors la femme dans la position de Trendelenburg, le Dr Lévy-Solal réalisa facilement la réduction malgré le volume, l'attitude du fœtus et surtout malgré la présence de la tumeur.

Le 19 décembre, la femme entra en travail. Un incident commandait une application de forceps qui

permet d'extraire un fœtus de 3 kgr. 950 se présentant en O. I. G. A.

Le Dr Lévy-Solal concluait en montrant la nécessité d'ériger en méthode ce procédé qui lui a réussi dans ces 3 cas.

Le Dr Lévy-Solal nous a suggéré l'idée de cette thèse et nous a incité à faire des recherches bibliographiques sur ce procédé dont les échecs sont exceptionnels, comparés à ceux de la méthode classique et qu'il recommande d'ériger en méthode dans les consultations de maternité.

Que le Dr Lévy-Solal nous permette de lui témoigner ici notre vive reconnaissance et notre gratitude.

Je remercie également le Dr Hidden, chef de clinique adjoint à la consultation, qui pendant de longs mois (février 1922 à février 1923) a bien voulu nous apporter son concours si précieux dans l'accomplissement de cette tâche que nous nous sommes imposée.

Mes remerciements s'adressent aussi au Dr Vignes, médecin accoucheur des hôpitaux qui a eu l'amabilité de nous fournir des renseignements bibliographiques.

Il est vraisemblable que la version par manœuvres externes a été pratiquée de toute antiquité.

On sait qu'Hippocrate employait la percussion. Chez les Mexicains, les femmes arrivées au septième mois de leur grossesse subissaient un massage externe pour forcer le fœtus à se présenter par la tête.

Au Japon, les Kongawa employaient également des massages externes pour modifier la présentation du fœtus et amener la tête en bas.

Mais l'histoire scientifique de la version par manœuvres externes remonte au début du XIX^e siècle. Le premier Wigand de Hambourg cherchait en 1807, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail à ramener en bas l'une des extrémités fœtales.

En France, la version ne fut guère enseignée et pratiquée que par Stolz à Strasbourg.

Puis parurent des mémoires de F. J. Hergott en 1839, de Bunsen de Francfort-sur-Mein et de L. S. Hubert de Louvain en 1843, ayant trait à la version par manœuvres externes.

Puis en 1855, un important travail de Mattéi de Bastia « sur la réduction et la version céphalique opérée à travers les parois abdominales avant la rupture de la poche des eaux ».

Ce livre donna lieu à de nombreuses discussions qui contribuèrent à faire connaître en France la version par manœuvres externes. Toutefois, elle ne fut véritablement vulgarisée que lorsque parut en 1878 le livre de Pinard : *Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical, et de la version par manœuvres externes*.

Cette version par manœuvres externes consiste à mobiliser le fœtus et à transformer par le palper abdominal la présentation pelvienne en une présentation céphalique.

Difficultés

Au cours de la manœuvre de réduction de la présentation du siège, on peut rencontrer certaines difficultés que l'on surmonte par différents procédés selon les auteurs.

La femme en état de gestation peut être porteuse d'une tumeur (fibrome, kyste...), qui nuise à toute tentative de version.

C'est en appliquant le traitement qui convient à chaque cas particulier examiné en détail, que l'on pourra permettre une bonne présentation ; ou bien, si le fibrome par exemple n'est pas trop volumineux, on appliquera simplement le procédé que nous préconisons, comme nous pourrons le constater dans deux ou trois observations rapportées (3^e observation du D^r Lévy-Solal et observations X et XIV).

Ribemont Dessaignes et Lepage signalent les difficultés qui peuvent résulter « de l'inclinaison de l'utérus renversé au devant de la symphyse » (ventre en besace).

Tantôt, comme l'a signalé Pinard, « la tête est engagée sous les fausses côtes, et une portion de la masse intestinale vient s'interposer entre la paroi abdominale et l'utérus ».

Une autre difficulté fréquente, provient des pressions abdominales, nécessaires pour la version, mais qui déterminent souvent des contractions spasmo-

diques des muscles abdominaux, pouvant entraver toute tentative de mobilisation du fœtus.

La résistance et la tension des parois abdominales peuvent même être telles, surtout chez les primipares, que la version devient absolument impossible.

Enfin on peut avoir affaire à un siège peu accessible et fixé au détroit supérieur, ou bien encore à un siège plus ou moins engagé et pointant dans l'excavation, ce qui empêche sa mobilisation.

C'est pour obvier à toutes ces difficultés fréquemment rencontrées au cours des versions, que certains auteurs ont proposé divers artifices.

Les uns conseillent de faire mettre la femme dans la position genu-pectorale pour essayer de faire remonter l'utérus tout entier.

Certains accoucheurs, notamment des accoucheurs anglais, ont proposé de substituer au décubitus dorsal, le décubitus latéral, mais toujours horizontal.

D'autres, comme Mattei proposent de relever le bassin de la femme en glissant un coussin sous le sacrum.

D'autres enfin, comme Pinard, font remonter le siège en exerçant sur lui une pression légère de bas en haut par l'introduction d'un ou deux doigts dans le vagin.

Tous ces divers procédés ont pour effet de dégager le siège de l'excavation et de le mobiliser. Mais on a ainsi remédié qu'à une des plus fréquentes difficultés signalées plus haut, sans rien faire pour vaincre

la résistance du muscle utérin et celle de la paroi abdominale, cause non moins fréquente des échecs de la version.

D'où l'intérêt du procédé de la version par manœuvres externes en position de Trendelenburg.

En 1904, Frühinholz rapporte que dans une présentation de l'épaule, chez une femme au début du travail, la poche des eaux étant rompue, il tenta mais en vain, même après chloroformisation, une version par manœuvres externes, la femme étant placée dans la position classique. Il eut alors l'idée d'incliner la table jusqu'à réaliser la position de Trendelenburg et réussit alors facilement là où il venait d'échouer.

Il recommanda donc « dans certains cas, de recourir à cette position inclinée, le bassin étant surélevé et la tête en position déclive ».

En décembre 1906, à la Société obstétricale de Londres, un accoucheur anglais M. W.-R. Pollock préconisa de nouveau la position de Trendelenburg.

Ayant remarqué que les insuccès de la version tiennent surtout à l'engagement du siège du fœtus dans l'excavation, M. Pollock conseille de placer d'abord la parturiente dans la position de Trendelenburg. Puis, lorsque l'excavation est devenue libre, il ramène la femme dans la position horizontale en s'opposant avec la main à ce que le fœtus s'engage à nouveau, puis, il pratique la version selon la technique ordinaire.

Dans une communication au VI^e Congrès national

de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiâtrerie de Toulouse en septembre 1910, M. Louis Pierra exposa « les avantages de la position déclive dans la version par manœuvres externes ». Les avantages que présente cette position déclive pour les examens gynécologiques, incitèrent M. Pierra à utiliser cette position pour la version.

Voici comment on la réalise : les pieds de la parturiente étant placés dans les talonnières, c'est-à-dire les cuisses légèrement fléchies, les épaules étant fixées, on fait basculer le cadre horizontal de la table et par suite le plateau du siège (lequel est immobile) dans une position déclive plus ou moins accentuée et voisine de celle de Trendelenburg. Puis on relève le dossier, de façon que le dos de la femme soit dans une situation horizontale.

M. Pierra signale que cette position déclive lui a permis dans deux cas notamment de réussir la version alors qu'il venait d'échouer par des manœuvres entreprises chez les clientes en décubitus dorsal.

Cette position de Trendelenburg, appliquée à la version par manœuvres externes est recommandée également en Amérique et M. De Lee Joseph qui dans son livre *Principles and Practice of Obstetrics* s'exprime ainsi : « En employant la position de Trendelenburg partielle, l'enfant par la pesanteur, s'éloigne du détroit supérieur et devient plus mobilisable. » « By using a partial Trendelenburg posture, the child falls away from the inlet and becomes more mobilisable. »

Enfin, signalons que dans leur *Manuel d'Obstétrique et d'Hygiène de la première enfance* MM. Vanverts et Paucot conseillent, « si l'on ne parvient pas à débloquer le siège du fœtus, d'en rendre la manœuvre plus aisée en mettant la femme en position inclinée, tête en bas (position de Trendelenburg).

C'est dans cette position de Trendelenburg que nous avons pratiqué systématiquement pendant un an, la version par manœuvres externes, chaque fois que l'on diagnostiquait une présentation pelvienne chez une femme venant à la consultation de la clinique Baudelocque (service du professeur Couvelaire).

CHAPITRE II

TECHNIQUE

(Nous avons employé au cours de ces manœuvres le procédé de réduction que nous a enseigné le docteur Lévy-Solal.)

La position de Trendelenburg nécessite l'emploi d'une table pliante.

La femme (qui aura évacué sa vessie) est tout d'abord placée en position horizontale. On fait soigneusement le diagnostic de la présentation et la recherche du côté du dos. Puis on incline doucement la table jusqu'à réaliser la position de Trendelenburg, c'est-à-dire que les deux parties de la table devront former un angle de 45 degrés environ. Les épaules de la femme sont maintenues par deux épaulières bien fixées.

L'opérateur se place du côté du dos du fœtus. Il recommande à la femme de respirer profondément, sans effort et sans hâte, puis il commence la manœuvre.

Cette version peut se décomposer en trois temps. Le premier temps consiste à mobiliser le siège du fœtus. Pour cela l'opérateur cherche à insinuer l'extrémité de ses doigts de chaque côté de la pré-

sensation, jusque dans l'aire du détroit supérieur ; il glisse ses doigts sous le siège du fœtus, puis à l'aide de petits mouvements de latéralité combinés à de légers mouvements de soulèvement de bas en haut, il dégage peu à peu le siège et le fait glisser dans la fosse iliaque correspondant au côté du dos du fœtus.

Le deuxième temps consiste à mobiliser la tête. Il est en général facile, car en dégageant le siège et en le portant dans la fosse iliaque, la tête, qui était plus ou moins cachée sous les fausses côtes, devient accessible. Cependant, dans certains cas, c'est ce second temps qui offrira le plus de difficultés. Nous en reparlerons plus loin et nous verrons la façon d'y remédier.

Dans le troisième temps, on fait accomplir au fœtus un mouvement de rotation qui aura toujours lieu dans le sens de flexion du fœtus.

On peut exécuter ce dernier temps seul : une main agissant sur la tête qu'elle pousse en bas vers le détroit supérieur, tandis que l'autre main refoule le siège en haut ; ou bien on peut avoir recours à un aide qui chasse doucement la tête vers l'excavation tandis que l'on refoule soi-même le siège vers l'hypocondre.

La manœuvre terminée, il faut avoir soin de bien vérifier la nouvelle présentation car souvent, bien que l'on ait nettement l'impression que la version se soit effectuée, on est surpris, à l'examen, de trouver encore un siège dans l'excavation.

Le quatrième et dernier temps consiste à maintenir

la nouvelle présentation. A cet effet différents moyens ont été successivement préconisés.

Wigand recommandait l'immobilité de la femme et la compression du ventre. Ellinger faisait maintenir la tête par les deux mains d'un aide.

Hubert de Louvain, Grynfeld, Mattei, soutenaient l'utérus à l'aide d'une large ceinture élastique.

En 1878, Pinard fit construire une ceinture dite ceinture entocique. Elle se compose de trois pièces, une droite et une gauche formant la partie antérieure, et une partie postérieure, toutes trois en coutil baleiné. Latéralement un tissu élastique réunit ces deux parties. Cette ceinture se lace en avant à l'aide d'œillets en crochets. Deux sous cuisses empêchent la ceinture de remonter. A la face interne, sont disposées deux poches latérales en caoutchouc, que l'on peut distendre à volonté par l'insufflation. Elles forment pelotes, de chaque côté de l'utérus que l'on peut comprimer latéralement plus ou moins, suivant que la partie fœtale a tendance à filer vers l'une ou l'autre fosse iliaque. Il faut au début n'exercer qu'une pression modérée, quitte à augmenter ensuite. Cette ceinture sera gardée jusqu'à l'engagement de la tête.

Quand on ne peut se procurer cette ceinture, on a la ressource de se servir d'un appareil très simple préconisé par Tarnier. Il consiste en un bandage de toile à la face interne duquel sont cousus deux rouleaux de linge et qu'on munit de deux bandes de toile en guise de sous-cuisses. Bien appliqué, ce bandage maintient efficacement la tête.

A la consultation de Baudelocque, nous plaçons de chaque côté de la tête fœtale un tampon de coton hydrophile de la grosseur du poing environ, que nous maintenons par une bonne ceinture de flanelle.

Il reste bien entendu que cette position de Trendelenburg est surtout utile pour le premier temps de la version, c'est-à-dire pour le décalage du siège, temps de beaucoup le plus important du reste.

En effet, l'inclinaison de la femme éloigne du fait de la pesanteur le pôle fœtal qui est en rapport avec la détroit supérieur. De plus, cette inclinaison provoque, par suite des tiraillements exercés sur les parties basses de l'utérus une sorte d'élongation de celles-ci ; le parois du segment inférieur se tendent et opposent aux parties fœtales un plan incliné favorable à l'évolution du fœtus.

Mais pour le deuxième et le troisième temps, il n'en est plus ainsi et cette position inclinée n'a plus aucune utilité ; elle peut même être un obstacle à la version, notamment lorsque l'on est en présence d'une tête retenue dans une corne utérine ou lorsqu'il y a une malformation utérine. Dans ce cas alors, avant de placer la femme dans la position Trendelenburg et d'essayer de mobiliser le siège, on commencera par mobiliser la tête et la débloquer, la femme restant dans la position horizontale. Puis lorsque la tête sera devenue mobile, alors seulement on inclinera la table et opérera comme il est indiqué plus haut.

Du reste, maintes fois au cours de nos versions,

nous avons dû, dès que le siège était remonté dans la fosse iliaque grâce à la position inclinée, remettre la femme dans la position horizontale afin de pouvoir bien mobiliser la tête et achever la manœuvre.

Quant au moment opportun auquel on doit pratiquer la version, on peut dire qu'avant le huitième mois, c'est toujours une manœuvre illusoire et inutile, d'abord parce que le fœtus peut encore de lui-même évoluer, ensuite parce que le fœtus trop petit ne peut pas être maintenu efficacement dans sa nouvelle position.

Nous la pratiquons donc vers la fin du huitième mois ou début du neuvième mois.

Cette technique exposée et ces remarques faites, voyons maintenant les résultats que nous avons obtenu à la clinique Baudelocque en pratiquant cette version en position Trendelenburg chaque fois qu'une présentation pelvienne nous était signalée chez une consultante.

Le résultat de nos versions a été contrôlé chaque fois par l'accouchement.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Toutes ces observations sont personnelles et ont été prises à la Clinique Baudelocque, au cours de l'année 1922. Toutes les versions ont été effectuées avec le Dr Hidden.

Observation I. — Mme P..., 22 ans. Dernières règles 27 juin.

Dans les antécédents personnels, on note à 7 ans une coxalgie gauche traitée par un appareil plâtré jusqu'à l'âge de 10 ans; actuellement, la femme boite et présente un raccourcissement de 8 centimètres de la jambe gauche.

19 février. — Siège complet, dos à droite. H. U. = 28 cm; une version par manœuvres externes, tentée en position horizontale, par un médecin, échoue.

24 février. — Version pratiquée en position de Trendelenburg. La tête semble tout d'abord avoir filé vers le détroit supérieur, mais cependant, la palpation révèle toujours une présentation du siège. Bruits du cœur perçus à droite. Un second essai fut pratiqué, mais cette fois, dès que le siège fut remonté dans la fosse iliaque droite, on a relevé la table et ensuite exécuté les deuxième et troisième temps. Pose d'une ceinture.

Accouchementspontané le 2 avril d'un enfant seprésentant en O. I. G. A.

Observation II. — Mme D..., 28 ans.

Première gestation en 1917. Présentation de l'épaule diagnostiquée tardivement. Une version par manœuvres internes permet d'extraire un enfant vivant qui mourut peu après.

Deuxième gestation en 1921. Présentation du siège, une version par manœuvres externes fut essayée, mais sans succès. Accouchement à terme par le siège, d'un enfant mort pendant le travail.

Troisième gestion. D. R. 12 juin.

17 février. — Siège complet, version pratiquée en position inclinée, ceinture.

24 février. — Encore un siège au D. S. La version en position inclinée ramène facilement la tête en bat, mais brusquement cette dernière refile dans l'hypocondre gauche. Une seconde version ramène la tête au D. S., mais en redressant la table, elle refile vers la corne utérine gauche dans laquelle elle paraît enchâssée.

27 février. — Tête en bas mobile, dos à droite. La présentation céphalique est vérifiée par le toucher.

4 mars. — Siège en bas complet, dos à gauche H. U. = 31. La tête semble enclavée dans la corne utérine gauche ; une version en position de Trendelenburg ramène encore une fois la tête en bas ; ceinture.

Accouchement spontané au cours du neuvième mois, le 5 mars, d'un enfant pesant 2.500 grammes et se présentant en O. I. G. A.

Observation III. — Mme P..., vingt-quatre ans.

I^{re} gestation en 1920. Accouchement au huitième mois d'un enfant se présentant par le sommet.

II^e gestation. D. R. 20 juin.

25 février. — Siège complet, dos à gauche. H. U. = 29.

3 mars. — Version en position de Trendelenburg, ceinture. Accouchement spontané le 17 mars d'un enfant de 3.320 grammes se présentant en O. I. G. A.

Observation IV. — Mme C..., trente-quatre ans.

I^{re} gestation en 1914. Accouchement spontané à terme ; présentation céphalique.

II^e gestation D. R. Début août.

3 mars. — Siège décomplété, dos à droite, version en position inclinée, ceinture.

Accouchement spontané le 11 mai, présentation céphalique.

Observation V. — Mme S..., vingt et un ans.

Primipare. D. R. 5 juin. Fin janvier on diagnostique un siège. La sage-femme de la consultation tente alors une version par manœuvres externes en décubitus horizontal. Echec.

23 février. — Siège décomplété, dos à gauche. H. U. = 29.

La version essayée en position inclinée, échoue. La tête semble enchâssée dans une corne utérine.

3 mars. — La Version en position inclinée réussit, ceinture.

10 mars. — Tête engagée O. I. G. A.

30 mars. — Accouchement spontané, présentation céphalique.

Observation VI. — Mme C..., vingt-quatre ans.

Primipare. D. R. 22 mai.

Siège diagnostiqué vers le septième mois. Quatre versions en position horizontale ont été tentées en vain.

4 mars. — Siège décompleté, dos à droite, on essaye la version en position de Trendelenburg. Mais la femme crie, se plaint et se refuse à tout autre essai.

Accouchement spontané le 11 mars à la Maternité d'un enfant de 3.250 grammes se présentant par le siège.

Observation VII. — Mme S..., vingt-deux ans.

I^{re} gestation en 1920. Accouchement spontané par le sommet.

II^e gestation. D. R. juin.

10 mars. — Siège complet, dos à gauche. H. U. = 32.

Version en position inclinée, ceinture.

24 mars. — Tête en bas.

Accouchement spontané à la Charité le 25 avril, présentation céphalique.

Observation VIII. — Mme B..., trente et un ans.

Primipare. D. R. fin juin.

11 mars. — Siège décompleté, dos à gauche, version en position Trendelenburg, ceinture.

Accouchement le 10 avril. Présentation céphalique. Application de forceps en D. T. pour défaut de progression de la tête et modification des bruits du cœur fœtal.

Observation IX. — Mme A..., trente-trois ans.

I^{re} gestation en 1913. Fausse couche de cinq mois.

II^e gestation en 1914. Fausse couche de cinq mois.

III^e gestation. D. R. 24 juillet.

17 février. — On diagnostique un siège au-dessus D. S.
Dos à droite.

10 mars. — Siège complet, dos à droite. Malformation utérine, la corne droite paraissant plus développée que la gauche.

17 mars. — Version en position Trendelenburg après avoir décalé la tête en position horizontale, ceinture.

12 avril. — Tête en bas, dos à gauche.

Accouchement spontané le 24 avril d'un enfant de 3.620 grammes, présentation céphalique D. P.

Observation X. — Mme P..., vingt-trois ans.

Primipare. D. R. 8 juin.

17 mars. — Siège complet, dos à gauche. H. U. = 29 ;
version en position inclinée, ceinture.

23 mars. — Tête en bas, un peu déviée à droite, dos à droite.

27 mars. — La femme est présentée au professeur Couvelaire.

« La situation de la tête montre *à priori* qu'il y a une masse dans le bassin, qui fait dévier la tête vers la fosse iliaque droite ; masse sentie au toucher, remplissant complètement l'excavation et en avant de laquelle existe un étroit couloir qui permet d'accéder au col. »

9 avril. — Intervention chirurgicale de M. le Dr Lévy-Solal. Laparotomie médiane, extériorisation de l'utérus ; énucléation d'un kyste de l'ovaire droit tordu trois fois sur lui-même. Après l'intervention, la femme saigne. M. Lévy-Solal diagnostique un placenta prævia et décide de faire

une césarienne conservatrice. Enfant ranimé facilement et pesant 3.700 grammes.

Observation XI. — Mme C..., vingt ans.

Primipare. D. R. 20 juillet.

20 mars. — Siègè décomplété, dos à gauche. H. U. = 28, la version faite en position horizontale échoue.

24 mars. — La version pratiquée en position inclinée réussit, ceinture.

10 avril. — Siègè décomplété, dos à droite. H. U. = 33. Version en position inclinée, ceinture.

Accouchement spontané le 24 avril, présentation céphalique.

Observation XII. — 1^{re} gestation en 1913. Accouchement spontané par le sommet.

11^e gestation, D. R. 1^{er} septembre. Présentation pelvienne; deux versions faites en position horizontale, l'une dans une clinique, l'autre à Baudelocque, ne se sont pas maintenues.

31 mars. — Siègè complet, dos à gauche H. U. = 25.

Version en position inclinée, ceinture.

12 avril. — Siègè complet, dos à droite, version en position de Trendelenburg, ceinture.

Le 15 juin, accouchement spontané d'un enfant de 3.900 gr. en O. I. G. A.

Observation XIII. — Mme M..., trente-trois ans.

Primipare. D. R. 6 juillet.

27 mars. — Tête en bas, dos à gauche H. U. = 30.

3 avril. — Siègè complet, dos à gauche. Version en position inclinée, ceinture.

8 avril. — Tête en bas, dos à gauche H. U. = 32.

Accouchement spontané le 5 mai. Sommet G. T.

Application de forceps pour modifications des bruits du cœur.

Observation XIV. — Mme B..., trente-quatre ans.

Primipare. D. R. 28 juillet. Femme hospitalisée à Baude-locque le 24 octobre pour vomissements quotidiens répétés depuis le début de septembre.

28 octobre. — Le professeur Couvelaire trouve une masse très inclinée du côté droit, rénitente, irrégulière, peu mobile et légèrement douloureuse. On ne sent pas un utérus nettement distinct de cette masse.

30 mars. — Présentation pelvienne. Version simple.

10 avril. — Siège complet, dos à gauche. Au toucher, le D^r Hidden trouve en avant, au-dessus du col une petite masse de la grosseur d'œuf, paraissant faire corps avec la face antérieure de l'utérus. Les culs-de-sac sont libres et ne paraissent pas douloureux à la palpation. Version effectuée en position de Trendelenburg, ceinture.

20 avril. — Siège en bas, dos à gauche. H. U. = 31. On ne perçoit plus la petite masse décrite antérieurement.

Version en position inclinée, ceinture.

Accouchement spontané le 25 avril d'un enfant de 2.800 gr. se présentant en O. I. G. A.

Observation XV. — Mme R..., 22 ans.

I^{re} gestation en 1917. Accouchement spontané par le siège.

II^e gestation en 1920. Accouchement spontané par le sommet.

III^e gestation. D. R. 25 septembre.

9 mai. — Siège complet, dos à gauche, version en position inclinée, ceinture.

19 mai. — siège complet très mobile, dos à droite. H. U. = 23, version en position inclinée, ceinture.

26 mai. — Siège complet, dos à droite, troisième version en position inclinée, ceinture.

30 juin. — Tête mobile en bas, dos à gauche. H. U. = 31.

Accouchement spontané le 20 juillet d'un enfant de 4.480 grammes se présentant en O. I. G. A.

Observation XVI. — Mme C..., 36 ans

I^{re} gestation en 1909. Présentation céphalique.

II^e gestation. D. R. 25 juillet.

27 février. — Siège décomplété, dos à gauche. H. U. = 28, version faite en position inclinée ; on débloque facilement le siège et la tête gagne aisément le D. S.

17 mars. — Tête en bas, dos à gauche. H. U. = 30.

Accouchement spontané à terme le 28 avril, présentation céphalique.

Observation XVII. — Mme G..., 24 ans.

I^{re} gestation en 1921. Présentation céphalique. Travail long, enfant mort dix-huit heures après sa naissance.

II^e gestation. D. R. 7 octobre.

12 mai. — Siège complet, dos à gauche. H. U. = 28. Le Dr Lévy-Solal pratique la version en position inclinée, ceinture.

19 mai. — Siège en bas, nouvelle version, ceinture.

26 mai. — Tête en bas très mobile, dos à gauche. H. U. = 30.

Accouchement spontané le 15 juillet d'un enfant de 3.500 grammes se présentant en O. I. G. A.

Observation XVIII. — Mme P..., 24 ans.

Primipare. D. R. 19 octobre.

19 mai. — Siège décomplété, dos à droite. H. U. = 25, version en position de Trendelenburg, ceinture.

26 mai. — Tête en bas.

Accouchement spontané par le sommet.

Observation XIX. — Mme L..., 28 ans.

I^{re} gestation en 1915. Accouchement par le sommet.

II^e gestation. D. R. 25 octobre.

16 mai. — Siège décomplété, dos à droite. La version faite en position inclinée est impossible.

26 mai. — La version en position inclinée réussit, ceinture.

16 juin. — Siège complet, dos à droite. H. U. = 32, version en position inclinée, ceinture.

23 juin. — Siège complet, dos à gauche ; nouvelle version en position de Trendelenburg, ceinture.

Accouchement spontané à terme le 4 août d'un enfant de 3.580 grammes se présentant en O. I. D. P.

Observation XX. — Mme F..., 26 ans.

I^{re} gestation en 1919. Accouchement spontané par le sommet.

II^e gestation en 1920. Accouchement spontané par le sommet.

III^e gestation. D. R. 14 août.

28 mai. — Siège décomplété, dos à droite, version faite en position inclinée, ceinture ; on a éprouvé une certaine difficulté, la tête paraissant bloquée dans l'hypocondre droit.

Accouchement spontané le 10 juin d'un enfant de 2.450 grammes se présentant en O. I. G. A.

Observation XXI. — Mme S..., 23 ans.

Primipare. D. R. 15 octobre.

9 juin. — Siège complet, dos à gauche. H. U. = 26, version en position de Trendelenburg, ceinture.

30 juin. — Tête mobile en bas, dos à gauche.

Accouchement spontané le 15 août à la Maternité.

Présentation céphalique. Application de forceps.

Observation XXII. — Mme D..., 41 ans.

I^{re} gestation en 1915. Accouchement spontané par le sommet.

II^e gestation en 1918. Fausse couche de deux mois, curetage.

III^e gestation D. R. 10 octobre.

15 juin. — Siège décomplété, dos à gauche, version faite en position horizontale, ceinture.

30 juin. — Siège décomplété, dos à gauche, version en position de Trendelenburg, ceinture.

15 juillet. — Tête mobile au D. S. tendant à fuir dans la fosse iliaque droite, ceinture.

Accouchement spontané le 20 juillet. Siège décomplété. Enfant de 3.320 grammes.

Observation XXIII. — Mme T..., 34 ans.

I^{re} gestation en 1912. — Accouchement par le sommet.

II^e gestation. D. R. 7 novembre.

10 juin. — Siège décomplété, dos à droite, version en position horizontale.

25 juin. — Siègè décomplété. La version en position inclinée échoue.

30 juin. — H. U. = 30. La version en position inclinée réussit, ceinture.

Accouchement spontané le 19 septembre d'un enfant de 4.140 grammes se présentant en O. I. G. A.

Observation XXIV. — Mme B..., 28 ans.

1^{re} gestation. D. R. 10 octobre.

Dans les antécédents, on relève à l'âge de dix-huit mois des convulsions qui ont laissé une paralysie de la jambe droite qui présente aujourd'hui un raccourcissement de 2 centimètres. Troubles de la marche en rapport avec un équinisme bilatéral.

20 juillet. — Siègè décomplété, dos à gauche, version en position inclinée impossible. Le siègè pointe dans l'excavation.

8 août. — Autre tentative infructueuse.

25 août. — Version impossible.

Accouchement spontané le 27 août. Siègè décomplété.

Enfant né mort et macéré et présentant une hernie des anses intestinales dans le cordon et des malformations des membres supérieurs ; à la main droite, le pouce est seulement représenté par un bourgeon. À gauche, la main n'a que trois doigts et le pouce. Le coude et le poignet gauches sont malformés et l'avant-bras gauche est plus court que le droit.

Observation XXV. — Mme F..., 33 ans.

1^{re} gestation en 1921. Accouchement à terme par le sommet.

II^e gestation. D. R. 29 janvier.

13 octobre. — Siège complet, dos à droite. H. U. = 31.

Version en position déclive, ceinture.

Accouchement spontané à terme le 4 novembre d'un enfant de 3.250 grammes se présentant en O. I. G. A.

Observation XXVI. — Mme T..., 39 ans.

I^{re} gestation en 1905. — Accouchement par le sommet. Forceps.

II^e gestation en 1906. Accouchement par le sommet.

III^e gestation en 1908. Fausse couche de 7 mois 1/2.

IV^e gestation en 1910. Fausse couche de 7 mois 1/2.

V^e gestation en 1913. Fausse couche de 7 mois 1/2.

VI^e gestation. D. R. 23 mars.

2 novembre. — Siège complet, dos à gauche, version en position inclinée, ceinture.

Accouchement spontané le 21 décembre à un enfant de 2.960 grammes se présentant en O. I. G. A.

Observation XXVII. — Mme P..., vingt et un ans.

I^{re} gestation en 1918. Expulsion à sept mois et demi d'un enfant mort-né. Présentation céphalique.

II^e gestation en 1921. Expulsion à sept mois et demi d'un enfant mort-né se présentant par le sommet.

3^e gestation D. R. 20 février.

9 novembre. — Siège complet, dos à droite. H. U. = 29. Version en position de Trendelenburg, ceinture.

16 novembre. — Tête en bas, dos à gauche.

Accouchement spontané le 9 décembre d'un enfant de 3.210 grammes se présentant en O. I. D. P.

Observation XXVIII. — Mme R..., vingt et un ans.

Primipare. D. R. 13 avril.

21 décembre. — Siège décomplété, dos à droite. H. U.
= 30. Version en position déclive, ceinture.

Accouchement spontané le 8 janvier 1923. Présentation
céphalique en O. I. G. A.

Observation XXIX. — Mme B..., trente et un ans.

I^{re} gestation début 1918. Fausse couche de trois mois.
Curetage.

II^e gestation fin 1918. Fausse couche de quatre mois. Curet-
tage.

III^e gestation en 1920. Fausse couche de six mois et demi.

IV^e gestation en 1921. Fausse couche de deux mois et demi.

V^e gestation. D. R. 23 août.

1^{er} avril. — On diagnostique un siège.

29 avril. — On essaye la version en position horizontale.
Echec.

5 mai. — Siège décomplété, dos à gauche. H. U. = 32.

La version pratiquée en position déclive réussit, ceinture.

Accouchement spontané le 30 mai. Présentation cépha-
lique.

Observation XXX. — Mme M..., vingt-six ans.

Primipare. D. R. 31 juillet.

25 février. — On diagnostique un siège complet, dos à
droite.

3 mars. — Version en position déclive, ceinture.

23 mars. — Tête en bas. H. U. = 27.

Accouchement spontané le 10 mai. Présentation cépha-
lique.

Observation XXXI. — Mme F..., vingt-quatre ans.

Primipare.

12 avril. — Siège complet, dos à droite, version en position de Trendelenburg, ceinture.

Accouchement spontané le 22 mai. Présentation céphalique.

Observation XXXII. — Mme G..., vingt-quatre ans.

I^{re} gestation. Accouchement spontané par le sommet.

II^e gestation. D. R. 18 mars.

15 novembre. — On diagnostique un siège.

8 décembre. — Siège complet, dos à droite, version en position déclive, ceinture.

12 décembre. — Tête en bas, dos à gauche.

Accouchement spontané le 3 février 1923 d'un enfant de 3.370 grammes se présentant en O. I. G. A.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

Outre ces 32 observations publiées, nous avons pris 29 observations que nous ne citons pas, car il nous manque le contrôle de l'efficacité et de l'utilité de la version par l'accouchement.

Il s'agit dans ces 29 cas, soit de femmes qui ont accouché chez elles et dont nous n'avons pu recueillir aucun renseignement, soit de femmes n'ayant pas encore accouché.

Cependant, voici deux observations intéressantes et pour lesquelles nous regrettons particulièrement de n'avoir pu suivre la femme jusqu'à la délivrance.

Observation XXXIII. — Mme L..., 23 ans.

Dans les antécédents héréditaires, on relève une mère décédée dans les suites de couches, un mort-né et deux frères morts dans leur première année.

A 7 ans, abcès dans la fosse iliaque droite ayant suppuré pendant trois mois. Femme de petite taille.

Primipare. D. R. 12 mars.

14 octobre. — H. U. = 22. Siège complet, dos à droite, bassin accessible sur toute son étendue. Promontoire accessible à 9 cm. 1 et aplatissement du sacrum. Une version simple

fut tentée, mais sans succès. Quelque jours après une sage-femme essaya de nouveau, une version en position horizontale.

2 novembre. — Siège complet, dos à droite.

La version faite en position inclinée réussit facilement, ceinture.

9 novembre. — Siège complet, dos à gauche, nouvelle version en position inclinée, ceinture.

Observation XXXIV. — Mme M..., 29 ans.

Dans les antécédents héréditaires : une sœur bien portante, cinq frères et sœurs morts en bas âge.

Primipare. D. R. 7 juin.

4 janvier. — Siège complet, dos à droite, version en position inclinée, ceinture.

16 janvier. — Siège mobile au D. S.

18 janvier. — Essai de version infructueux en position horizontale.

25 janvier. — On place la femme en position de Trendelenburg. Après un premier essai, le dos qui était à droite passe à gauche, mais le siège est toujours en bas. Un deuxième essai rétablit la présentation céphalique, ceinture.

Au total donc, sur 61 versions effectuées en position de Trendelenburg nous comptons 3 insuccès : 1 échec complet, la version étant impossible, même en position inclinée, et 2 accouchements par le siège malgré la version ou la tentative de version effectuée.

Examinons tout d'abord ces trois insuccès et voyons si nous pouvons en expliquer la cause.

L'observation VI ne peut à proprement parler être considérée comme un insuccès. Il s'agit d'une femme pusillanime qui s'est refusée à toute manœuvre dès qu'elle fut placée dans la position inclinée. A ses cris nous avons du reste cessé de suite toute tentative de réduction du siège.

Dans l'observation XXII il s'agit d'une multipare dont la présentation pelvienne a nécessité deux versions : le 15 juin en position horizontale et le 30 juin en position inclinée. Or le 15 juillet, c'est-à-dire cinq jours avant l'accouchement, on a noté à la consultation « une tête mobile en bas tendant à fuir dans la fosse iliaque droite ». Il était donc à prévoir que la présentation céphalique aurait du mal à se maintenir malgré le secours de la ceinture appliquée.

Or la femme est arrivée à la clinique en douleur le 20 juillet et à l'examen d'entrée on a trouvé un siège décomplété mode des fesses.

Dans ces cas où il y a tendance aux récides, il serait nécessaire d'hospitaliser la femme et de surveiller la présentation afin de prévenir un engagement pelvien.

Dans l'observation XXIV, il s'agit d'une primipare atteinte d'équinisme bilatéral. Le premier jour où on a tenté la version, on a trouvé un siège décomplété pointant dans l'excavation. Or, primipare, siège décomplété, siège pointant dans l'excavation, ce sont là trois sources de difficultés réunies et qui ne nous ont pas permis de réussir la version.

Le Dr Lévy-Solal nous a signalé depuis deux insuc-

cès, l'un chez une multipare dont l'utérus présentait un développement normal, le fœtus étant de petite taille, l'autre chez une primipare au septième mois, l'utérus étant un peu étriqué.

La cause de ces échecs s'est révélée au cours de l'accouchement. Il s'agissait dans ces deux cas d'une brièveté remarquable du cordon.

Dans ces deux cas, il fut aisé de débloquer le siège et de pratiquer une évolution partielle du fœtus, mais, chaque fois que la tête était refoulée au niveau d'une des fosses iliaques, elle fuyait brusquement sous la main pour reprendre son attitude primitive au fond de l'utérus.

Le Dr Lévy-Solal n'insista pas, et il fait remarquer qu'il importe de n'user dans ces manœuvres d'aucune brutalité, et de ne pas hésiter à y renoncer si elles offrent quelque résistance.

Le Dr Lévy-Solal insiste également sur une cause d'échec qu'il a eu l'occasion d'étudier depuis sa communication à la Société.

Il s'agit de femmes ayant une dystrophie utéro-pelvienne, c'est-à-dire dont l'utérus et les parties molles sont étriquées, l'axe transversal de l'utérus étant particulièrement peu développé (utérus long mais très étroit).

Dans ces cas, s'il est facile de soulever le pôle pelvien par la manœuvre de Trendelenburg, l'évolution est rendue impossible de par l'étroitesse de l'axe transversal du corps utérin.

Dans les 29 observations où nous avons obtenu un

résultat satisfaisant, on relève 17 primipares contre 12 multipares.

Le nombre de sièges complets par rapport au nombre de sièges décomplétés est de 18 pour les premiers et 11 pour les seconds.

Nous avons noté sept fois *une* récurrence de présentation du siège après version, dont cinq fois chez des multipares et cinq fois avec des sièges complets.

Dans 2 cas nous avons eu 2 récurrences, chaque fois chez une multipare présentant un siège complet.

Pour les 3 insuccès, nous nous sommes trouvés chaque fois en présence de sièges décomplétés dont 2 chez des primipares.

Dans les 29 observations non publiées, on relève 19 primipares contre 10 multipares et 21 sièges complets contre 8 sièges décomplétés.

Au total, sur 61 versions effectuées, nous avons rencontré trente-neuf fois des sièges complets et trente-huit fois il s'agissait de primipares.

De ces résultats et de ces chiffres on peut déduire :

1° La version par manœuvres externes pratiquée en position Trendelenburg échoue rarement, comparée aux nombreux échecs de cette version faite en position horizontale ;

2° Elle permet de réussir aussi bien chez les primipares que chez les multipares, alors que dans la position classique, on échoue fréquemment chez la primipare ;

3° La version pratiquée en position de Trendelen-

burg permet de réussir là où on a échoué en position horizontale;

4° Les récidives se rencontrent plus fréquemment chez les multipares, d'une part et chez les femmes présentant des sièges complets d'autre part;

5° Les sièges décomplétés sont plus difficiles à tourner que les sièges complets :

Un échec complet.

Deux insuccès après une première tentative.

CONCLUSION

La présentation du siège offrant beaucoup plus de risques pour l'enfant que la présentation céphalique, il sera utile, chaque fois que l'on trouvera chez une femme en état de gestation (et surtout chez une primipare), une présentation pelvienne, de transformer cette présentation en présentation céphalique.

Dans les cas où la version présente des difficultés, en particulier pour mobiliser le siège, la position de Trendelenburg facilite d'une façon très nette la manœuvre.

En cas d'échec lors d'une première tentative, il ne faut pas renoncer à pratiquer la version, mais se placer pour une nouvelle intervention dans des conditions favorables : pratiquer la version le matin, la femme étant à jeun, la vessie et le rectum soigneusement évacués.

La version par manœuvres externes, pratiquée dans ces conditions, ne présente aucun danger si elle est faite sans violence.

Le Président de la thèse,
COUVELAIRE

Vu : Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL

